



## ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิก

สมาคมสถาปนิกผังเมืองสหกรณ์ออมทรัพย์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จำกัด

เขียนที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

สำหรับเจ้าหน้าที่
หมายเลขสมาชิก .....
อนุมัติเป็นสมาชิกเมื่อ .....
สมาชิกภาพสมบูรณ์เมื่อ .....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส. ....  สมาชิก  คู่สมรสสมาชิก  บุตรสมาชิก  บิดา มารดาสมาชิก สหกรณ์  
 ออมทรัพย์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จำกัด เลขทะเบียนที่ ..... สัญชาติ ..... เชื้อชาติ..... ศาสนา ..... อายุ ..... ปี  
 เกิดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... สถานะ  โสด  สมรส  หม้าย ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... หมู่บ้าน.....  
 ซอย ..... ถนน ..... แขวง/ตำบล ..... เขต/อำเภอ ..... จังหวัด .....  
 รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ที่บ้าน ..... มือถือ ..... อาชีพ ..... เงินเดือน .....  
 ตำแหน่ง ..... ภาควิชา/กอง/หน่วยงาน ..... คณะ/ศูนย์/สถาบัน.....  
 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ขอสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมสถาปนิกผังเมืองสหกรณ์ออมทรัพย์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จำกัด ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อบังคับ  
 ของสมาคมนี้แล้ว มีความเต็มใจและยินยอมที่จะปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบ และคำสั่งต่างๆ ทั้งที่ออกมาก่อนหรือหลังการสมัคร หรือมีการแก้ไขประกาศใดๆ ถ้า  
 หากข้าพเจ้าฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบ และคำสั่งดังกล่าว ข้าพเจ้ายินยอมรับผิดชอบแต่เพียงผู้เดียว โดยไม่ได้แย้งต่อสมาคมแต่อย่างใดโดยสิ้นเชิง

ข้าพเจ้าขอแสดงเจตนาระบุผู้จัดการสหกรณ์หรือผู้รับเงินสงเคราะห์ และให้ถือว่าเป็นหนังสือแสดงเจตนาของข้าพเจ้าด้วย เมื่อข้าพเจ้าถึงแก่กรรม ขอให้  
 สมาคมจ่ายเงินค่าจัดการศพและหรือเงินสงเคราะห์ที่มีสิทธิได้รับทั้งสิ้นดังต่อไปนี้

- ค่าจัดการศพขอมอบให้ผู้จัดการสหกรณ์ ดังนี้ (เป็นเงิน 30 % ของเงินสงเคราะห์ที่เรียกเก็บได้)
  - 1.1 ขอมอบให้ ..... เกี่ยวข้องเป็น .....
  - 1.2 ขอมอบให้ ..... เกี่ยวข้องเป็น .....
  - 1.3 ขอมอบให้ ..... เกี่ยวข้องเป็น .....
- หักค่าใช้จ่ายของสมาคมไม่เกินร้อยละ 9 ของเงินสงเคราะห์ที่เรียกเก็บได้
- เงินสงเคราะห์ส่วนที่เหลือหลังจากหักค่าจัดการศพ และค่าใช้จ่ายของสมาคม ขอมอบให้สหกรณ์ฯ ตามจำนวนที่ข้าพเจ้ายังมีหนี้สินค้างชำระทั้งสิ้น  
 กรณีไม่มีหนี้สินกับสหกรณ์หรือหักหนี้สินแล้วคงเหลือเงินสงเคราะห์ ขอมอบเงินสงเคราะห์ส่วนที่เหลือนี้ให้บุคคล ดังนี้
  - ตามลำดับ  ให้คนละเท่าๆกัน  ตามส่วน (ให้ระบุสัดส่วนรวมแล้วต้องเท่ากับ 100 เปอร์เซ็นต์)
  - 3.1 ขอมอบให้ ..... เกี่ยวข้องเป็น ..... จำนวน ..... เปอร์เซ็นต์
  - 3.2 ขอมอบให้ ..... เกี่ยวข้องเป็น ..... จำนวน ..... เปอร์เซ็นต์
  - 3.3 ขอมอบให้ ..... เกี่ยวข้องเป็น ..... จำนวน ..... เปอร์เซ็นต์
  - 3.4 ขอมอบให้ ..... เกี่ยวข้องเป็น ..... จำนวน ..... เปอร์เซ็นต์
  - 3.5 ขอมอบให้ ..... เกี่ยวข้องเป็น ..... จำนวน ..... เปอร์เซ็นต์
  - 3.6 ขอมอบให้ ..... เกี่ยวข้องเป็น ..... จำนวน ..... เปอร์เซ็นต์
  - 3.7 ขอมอบให้ ..... เกี่ยวข้องเป็น ..... จำนวน ..... เปอร์เซ็นต์
  - 3.8 ขอมอบให้ ..... เกี่ยวข้องเป็น ..... จำนวน ..... เปอร์เซ็นต์

ข้าพเจ้า (ชื่อ-สกุล ผู้ยินยอมให้หักเงิน) ..... สมาชิกสหกรณ์เลขทะเบียนที่ .....  
 เกี่ยวข้องเป็น  ผู้สมัคร  คู่สมรสของผู้สมัคร  บิดา มารดาของผู้สมัคร  บุตรของผู้สมัคร ยินยอมและขอร้องให้ผู้บังคับบัญชาหรือเจ้าหน้าที่ผู้จ่ายเงินได้  
 รายเดือนของข้าพเจ้า เมื่อได้รับมอบหมายจากสมาคมฯ โปรดหักเงินได้รายเดือนของข้าพเจ้าเป็นค่าบำรุง ค่าสงเคราะห์สหกรณ์แก่สมาคม และถ้าข้าพเจ้ามีหนี้สิน  
 ต่อสหกรณ์ออมทรัพย์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จำกัด ข้าพเจ้ายินยอมให้สมาคมหักเงินสงเคราะห์สหกรณ์เพื่อชำระหนี้พร้อมดอกเบี้ยให้แก่สหกรณ์ออมทรัพย์  
 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จำกัด ให้เสร็จสิ้นเสียก่อนแล้วจึงจ่ายเงินที่เหลือให้แก่บุคคลที่ระบุไว้ต่อไป

(ลงชื่อ) ..... ผู้ยินยอมให้หัก  
 (.....)

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นที่เข้าใจแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานสำคัญ  
 (ลงชื่อ) ..... ผู้สมัครและแสดงเจตนา  
 (.....)

\*สมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จำกัด (สศ.มอ.)รับรองผู้สมัคร\*

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผู้สมัครเป็น  สมาชิก  คู่สมรสสมาชิก  บุตรสมาชิก  บิดา มารดาสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จำกัด จริง และมีคุณสมบัติถูกต้องตามข้อบังคับของสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จำกัด ทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... สมาชิก สศ.มอ.เลขที่..... (ลงชื่อ) ..... สมาชิก สศ.มอ.เลขที่.....  
( ..... ) ( ..... )

\*\*\*\*\*

### หลักฐานประกอบการสมัคร

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้าน
2. ใบรับรองแพทย์ฉบับจริงจากสถานพยาบาลของรัฐ
3. สำเนาหนังสือจดทะเบียนสมรส (เฉพาะผู้สมัครที่เป็นคู่สมรสของสมาชิก)
4. สำเนาทะเบียนบ้านของบุตรที่เป็นสมาชิกสศ.มอ. (เฉพาะผู้สมัครที่เป็นบิดาและมารดาของสมาชิก)

ผู้สมัครเข้าเป็นสมาชิกของสมาคมต้องมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

- (1) เป็นผู้บรรลุนิติภาวะ
- (2) มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง
- (3) มีความประพฤติดี และยินยอมปฏิบัติตามข้อบังคับ
- (4) มีทะเบียนบ้านถูกต้องตามกฎหมาย
- (5) ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย หรือเป็นคนไร้ความสามารถ
- (6) ไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรง หรือเป็นโรคเรื้อรังจนรักษาไม่หาย
- (7) ก. เป็นสมาชิกสหกรณ์ หรือเจ้าหน้าที่ของสมาคม ซึ่งมีอายุและเงื่อนไขการรับสมัครสมาชิกตามที่คณะกรรมการสมาคมกำหนดไว้ในประกาศของสมาคม หรือ  
ข. เป็นที่ปรึกษาคณะกรรมการดำเนินการ หรือกรรมการดำเนินการสหกรณ์ หรือ  
เจ้าหน้าที่สหกรณ์ หรือ  
ค. เป็นคู่สมรสของสมาชิก ซึ่งมีอายุไม่เกิน 35 ปีบริบูรณ์ หรือ  
ง. เป็นบุตรที่ถูกต้องตามกฎหมายของสมาชิก ซึ่งมีอายุไม่เกิน 25 ปีบริบูรณ์  
จ. เป็นบิดาและมารดาของสมาชิก ซึ่งมีอายุไม่เกิน 55 ปีบริบูรณ์

ชำระเงินในการสมัครเป็นสมาชิก โดยสมาคมใช้วิธีหักจากเงินเดือน ณ ที่จ่าย กับสมาชิกสหกรณ์ และออกใบเสร็จรับเงินไว้เป็นหลักฐาน

เงินค่าสมัคร	50 บาท
เงินบำรุงรายปี ปีละ	20 บาท
เงินสงเคราะห์ล่วงหน้า	200 บาท

สมาชิกมีหน้าที่ต้องปฏิบัติดังนี้

- (1) ปฏิบัติตามข้อบังคับ ระเบียบ คำสั่ง ของสมาคมและมติคณะกรรมการ
- (2) ต้องชำระเงินสงเคราะห์เมื่อสมาชิกของสมาคมคนใดคนหนึ่งถึงแก่ความตาย สมาชิกทุกคนมีหน้าที่ต้องออกเงินสงเคราะห์เพื่อเป็นค่าจัดการศพ และสงเคราะห์ครอบครัวให้แก่ครอบครัวของสมาชิกที่ตายนั้นรายละ 20 บาท โดยสมาคมใช้วิธีหักจากเงินเดือน ณ ที่จ่าย กับสมาชิกสหกรณ์ และออกใบเสร็จรับเงินไว้เป็นหลักฐาน
- (3) เก็บรักษาหนังสือสำคัญแสดงการเป็นสมาชิกของสมาคมไว้ ถ้าหายต้องรีบแจ้งเพื่อขอใบแทนใหม่จากสมาคม
- (4) การย้ายที่อยู่ เปลี่ยนชื่อ เปลี่ยนนามสกุล แก้ววัน เดือน ปี เกิดของสมาชิก ให้ยื่นคำร้องต่อสมาคม ภายใน 15 วันนับแต่วันย้ายเปลี่ยนหรือแก้ไข เพื่อสมาคมจะได้แก้ไขหลักฐานต่างๆ ในทะเบียนให้ถูกต้อง
- (5) แจ้งความประสงค์เป็นหนังสือเมื่อต้องการเปลี่ยนตัวบุคคลตามที่แสดงความจำนงไว้ในใบสมัคร

# ใบรับรองแพทย์

สถานที่ตรวจ .....  
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง .....  
ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ ..... สถานพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาล .....  
ตั้งอยู่เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ถนน ..... แขวง/ตำบล .....  
เขต/อำเภอ ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....  
ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/น.ส. ....  
สถานที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ถนน ..... แขวง/ตำบล .....  
เขต/อำเภอ ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....  
บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ ..... แล้ว เมื่อวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ขอรับรองว่า นาย/นาง/น.ส. .... ไม่เป็นผู้มีกายทุพพลภาพ  
จนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ ไม่ปรากฏอาการของโรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน ไม่ปรากฏอาการของการติดยา  
เสพติดให้โทษ และอาการของโรคพิษสุราเรื้อรัง และไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรคต่อไปนี้

- (1) โรคเรื้อนในระยะติดต่อหรือในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (2) วัณโรคในระยะอันตราย
- (3) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (4) .....

สรุปความเห็นและข้อแนะนำของแพทย์ .....

เห็นสมควรสมัครเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จำกัด

ลงชื่อ ..... แพทย์ผู้ตรวจร่างกาย

- หมายเหตุ (1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม  
(2) ให้แสดงว่าเป็นผู้มีร่างกายสมบูรณ์เพียงใด หรือหายจากโรคที่เป็นเหตุต้องให้ออกจากราชการ  
ใบรับรองแพทย์ฉบับนี้ให้ใช้ได้ 1 เดือนนับแต่วันที่ตรวจร่างกาย